



CENTRO UNIVERSITÁRIO DE BRASÍLIA - UniCEUB
FACULDADE DE CIÊNCIAS DE EDUCAÇÃO E SAÚDE – FACES
CURSO: PSICOLOGIA

INOVAÇÃO EM SERVIÇOS HOSPITALARES:

MAPEAMENTO DE COMPETÊNCIAS NA UTI DE UM HOSPITAL PRIVADO.

ISABELA CRISTINA BRITO DA SILVA PACHECO

Brasília – DF

2009

ISABELA CRISTINA BRITO DA SILVA PACHECO

INOVAÇÃO EM SERVIÇOS HOSPITALARES:

MAPEAMENTO DE COMPETÊNCIAS NA UTI DE UM HOSPITAL PRIVADO.

Monografia apresentada ao Curso de Psicologia do Centro Universitário de Brasília – UniCEUB -, como requisito final para a obtenção do título de Psicólogo.

Orientador: Prof. Msc. Antônio Isidro da Silva Filho.

Brasília – DF

2009

ISABELA CRISTINA BRITO DA SILVA PACHECO

**INOVAÇÃO EM SERVIÇOS HOSPITALARES:
MAPEAMENTO DE COMPETÊNCIAS NA UTI DE UM HOSPITAL PRIVADO.**

BANCA EXAMINADORA

Prof. Msc. Antônio Isidro da Silva Filho

Orientador

Profa. Msc. Janice Aparecida de Sousa Pereira

Profa. Msc. Carla Peixoto Borges

Brasília – DF

2009

Dedico este trabalho aos meus pais, ao meu irmão e
ao Cléoben, que sempre me apoiaram e incentivaram.

AGRADECIMENTO

Em primeiro lugar agradeço a Deus por minha vida, pelas bênçãos recebidas, pela ajuda nos momentos mais difíceis, pela cura de minha mãe, por ter colocado em minha vida pessoas tão maravilhosas e por tudo mais que me deu.

Agradeço também aos meus pais, Flor e Assis, pelo amor incondicional, carinho, cuidado, pelos ensinamentos, pelo exemplo de seres humanos que são, por terem acreditado em mim sempre, por serem meus maiores apoiadores e defensores.

Ao meu irmão, Marcos Natan, pela paciência, pela tolerância, pelas palavras de incentivo e por estar ao meu lado nos momentos mais difíceis.

Ao meu namorado, Cléoben, pelo amor e carinho, pela força, companheirismo, pelas palavras de otimismo, por me ajudar a alcançar meus objetivos, por todos os conselhos, por ser um homem tão maravilhoso.

À minha família e aos que considero parte dela, por todos os momentos felizes compartilhados, pela superação de todos os obstáculos e por todos os ensinamentos.

Às minhas amigas, Anna Paula, Layla e Marcela, por todos os momentos vividos dentro e fora da universidade, por me ajudarem a vencer os obstáculos surgidos, pelo companheirismo, por acreditarem em meu potencial e por me ouvirem quando preciso.

Às minhas amigas e amigos que direta ou indiretamente contribuíram para que eu conseguisse alcançar meus objetivos, que são tão importantes em minha vida.

Ao meu professor-orientador Antônio Isidro Filho por acreditar em meu potencial, por me incentivar e por todo o apoio a mim despendido.

A todos os profissionais que participaram deste trabalho e que me forneceram informações tão ricas e que foram tão relevantes para a conclusão desta pesquisa.

A todos aqueles que foram meus professores e me mostraram a grande diversidade da Psicologia, que me ensinaram a como ser um profissional ético e responsável.

Obrigada a todos vocês!

“Você ganha força, coragem e confiança através
de cada experiência em que você realmente pára
e encara o medo de frente.”

(Eleanor Roosevelt)

RESUMO

O presente trabalho é uma pesquisa do tipo qualitativa, classificada como descritiva, de campo e bibliográfica cujo objetivo é identificar as competências profissionais decorrentes da implantação de uma inovação em serviço no contexto de um hospital privado. No referencial teórico foi levantado um breve histórico sobre o conceito de inovação, inovação no contexto de serviços, histórico e conceito de competência e a relação entre competências e inovações em serviços. A pesquisa realizada em um hospital privado do Distrito Federal, contou com 5 participantes relacionados à elaboração/implantação do sistema GUTI. O roteiro de entrevista foi elaborado em conjunto com o professor-orientador. As entrevistas foram transcritas e seus resultados foram tabulados e analisados de acordo com as técnicas de análise de conteúdo de Bardin (1977). Posteriormente foram elaboradas competências profissionais sob a forma de referenciais de desempenho, defendido por Carbone *et al* (2007). Estas competências almejaram abarcar todos os conhecimentos, habilidades e atitudes elencados. A partir disso, pode-se pensar em implantação de novo modelo de Gestão por Competências, treinamentos e seleções.

Palavras-chave: Gestão por competências, competências profissionais, inovação, serviços, hospital.

LISTA DE FIGURAS

Figura 1: O triângulo do serviço.....	15
Figura 2: Modelo de gestão organizacional baseada em competências.....	27

LISTA DE QUADROS

Quadro 1: Definição das competências dos usuários do GUTI.....	39
---	----

LISTA DE TABELAS

Tabela 1: Conceituação da inovação GUTI.....	36
Tabela 2: Funcionalidade principal do GUTI.....	36
Tabela 3: Benefícios da utilização do GUTI na Unidade de Terapia Intensiva.....	37
Tabela 4: Elementos que favorecem a implantação/utilização do GUTI.....	37
Tabela 5: Fatores que dificultaram a implementação/utilização do GUTI.....	37
Tabela 6: Conhecimentos requeridos para a utilização da inovação.....	38
Tabela 7: Habilidades importantes para a utilização do GUTI.....	38
Tabela 8: Atitudes decorrentes da utilização do GUTI.....	39

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO	11
1.2. Objetivos.....	12
1.2.1. Objetivo Geral.....	12
1.2.2. Objetivos Específicos.....	12
1.3. Justificativa e relevância.....	12
2. REFERENCIAL TEÓRICO.....	14
2.1. Inovação no contexto de serviços.....	14
2.1.1. Inovação em serviços hospitalares.....	20
2.2. Competências.....	22
2.2.1. Breve histórico e conceito de competência.....	22
2.2.2. Níveis e tipologia das competências.....	24
2.2.3. Gestão por competências.....	26
2.2.4. Mapeamento de competências.....	28
2.3. Relação entre competências e inovação em serviços.....	29
3. METODOLOGIA.....	32
3.1. Tipo de pesquisa.....	32
3.2. Características da organização.....	32
3.3. Características da amostra.....	32
3.4. Instrumento de pesquisa.....	33
3.5. Procedimentos de coleta de dados.....	33
3.6. Procedimentos de análise de dados.....	33
3.7. Limitações do método.....	35
4. RESULTADOS.....	36
5. DISCUSSÃO.....	41
6. CONCLUSÃO E RECOMENDAÇÕES.....	47
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	50
APÊNDICE.....	54

1. INTRODUÇÃO

As atividades de serviço têm adquirido cada vez mais importância nas principais economias desenvolvidas bem como despertado um interesse crescente de acadêmicos e profissionais que visam compreender como se dá a dinâmica destas atividades, suas implicações econômicas e administrativas, além da relação que estas possuem com os demais setores da economia (VARGAS, 2006).

Zarifian (2001) considera a produção de um serviço como o processo de transformação das condições de existência de um indivíduo bem como de um grupo de indivíduos. O serviço, para ele, deve modificar as condições de vida ou até mesmo de uso destes indivíduos, que são os destinatários do serviço. Vargas (2006) defende que a criação de valor está mais relacionada ao sucesso da interação estabelecida entre cliente/usuário e o produtor do que no processo de produção do serviço propriamente dito.

De acordo com Sundbo e Gallouj (1998) inovação é uma mudança nos negócios gerada pela adição de um novo elemento ou pela combinação dos elementos presentes, mas é preciso que essa mudança seja realizada mais de uma vez e seja também reproduzível. Conde e Araújo-Jorge (2003) afirmam que a inovação ocupa um lugar central na economia baseada em conhecimento, havendo indícios de que é o fator dominante no crescimento econômico brasileiro e na dinâmica dos padrões do comércio internacional. Apesar de haver um consenso mundial a respeito da relevância da inovação, os processos geradores da inovação e seus impactos sociais e econômicos ainda são pouco estudados e compreendidos.

Segundo Gadelha (2003), o setor de saúde tem sofrido profundas modificações no Brasil, acompanhando o recente movimento de revolução tecnológica e de globalização ocorrido no mundo. O autor ainda relata que tanto os espaços públicos quanto os privados estão vivenciando um processo de transformação no modelo de gestão e organização da produção de bens e serviços em saúde. Assim, o autor percebe o setor de saúde como um importante espaço de inovação e acumulação de capital.

Levando-se em consideração o assunto tratado, o presente estudo promove uma reflexão a respeito da relevância de uma inovação para uma instituição da área hospitalar e a partir disso almeja responder ao seguinte problema de pesquisa: Quais as competências profissionais decorrentes da implantação de uma inovação em serviço no contexto de um hospital privado?

1.2. Objetivos:

1.2.1. Objetivo Geral:

Identificar as competências profissionais decorrentes da implantação de uma inovação em serviço no contexto de um hospital privado.

1.2.2. Objetivos Específicos:

- Caracterizar a inovação no contexto hospitalar a partir dos relatos dos entrevistados;
- Descrever os elementos que favoreceram a implementação da inovação bem como aqueles que a dificultaram;
- Identificar as competências que precisaram ser adquiridas pelos colaboradores na utilização da inovação.

1.3. Justificativa e Relevância:

O atual contexto econômico é marcado por uma disputa acirrada de espaço e de busca de mercado, exigindo assim que as organizações busquem cada vez mais inovar nas suas relações de serviço bem como utilizarem-se de inovações que promovam uma diferenciação de seus produtos quando comparados aos das demais instituições. Isso porque é preciso que sejam reconhecidas por seus consumidores como detentoras de uma característica (relacionada ao produto propriamente dito ou à relação que tem com o cliente) única e inovadora que adicione algo ao serviço prestado por elas. Além disso, é percebido que o contexto hospitalar (principalmente o privado) também está imerso nesta nova fase da economia, o que faz com que os hospitais precisem assumir a mesma postura adotada pelas demais instituições.

Diante do exposto, estudar as competências decorrentes da inserção de uma inovação neste contexto dinâmico do setor hospitalar é de extrema relevância, visto que se poderá compreender os efeitos gerados por esse acontecimento em relação àqueles que trabalham direta ou indiretamente com ela e/ou são impactados por seus efeitos. Pode-se então ter uma visão mais completa do que engloba a implementação de algo tão requisitado pelo mercado de bens e serviços. É importante frisar que há pouca quantidade de pesquisas relacionadas à inovação, principalmente no contexto hospitalar, o que demonstra a necessidade de se obterem mais dados e informações que subsidiem o trabalho dos profissionais envolvidos.

O estudo sobre as competências profissionais necessárias à utilização de uma inovação, no caso o GUTI (sistema de Gestão de Unidade de Terapia Intensiva), promove um maior conhecimento acerca dos fatores relacionados ao impacto que a inserção de um processo inovador ocasiona no ambiente de trabalho, nos trabalhadores e na relação destes com os clientes/consumidores. A partir disso, é possível identificar a lacuna entre as competências percebidas como necessárias ao trabalho e as que são realmente utilizadas.

Levando-se em consideração o que foi exposto, o presente trabalho contribui para o debate teórico e prático sobre o mapeamento de competências bem como para a expansão do conhecimento específico da área. Assim sendo, tem-se que este trabalho busque ampliar a compreensão do que envolve o ambiente de trabalho que está direta ou mesmo indiretamente exposto a uma inovação (sendo ela no processo ou mesmo no produto).

A fim de cumprir os objetivos propostos inicialmente, este trabalho é composto pelas seguintes partes respectivamente: o referencial teórico, que apresenta uma breve revisão teórica acerca de inovação no contexto de serviços, gestão por competências e relação entre competências e inovação dos serviços; metodologia, que busca esclarecer o tipo de pesquisa realizada, a amostra e os instrumentos usados, os procedimentos adotados, a análise e as limitações encontradas; os resultados, demonstrando os dados obtidos; a discussão, que é uma análise crítica dos resultados com base no referencial teórico e, finalmente a conclusão e recomendações (além da sugestão para estudos futuros).

2. REFERENCIAL TEÓRICO

2.1. Inovação no contexto de serviços

A importância dos serviços para a economia mundial tem crescido fortemente em detrimento dos bens de consumo (BERRY *et al*, 2006), o que desperta um maior interesse pelo assunto. Assim surgem três perguntas iniciais que serão respondidas ao longo deste trabalho: O que são bens de consumo? O que são serviços? O que é inovação?

Para Hill (1977) é de extrema relevância que se conceitue bens de consumo para que seja possível fazer um contraponto com os serviços, e assim compreender o significado deste. Um bem é um objeto físico que pode ser transferido para outrem após ser adquirido pelo primeiro. Callon, Méadel e Rabeharisoa (2002) comentam que o bem consiste em diversas ações, que promovem alterações, modificações que alteram a sua forma de modo a ficar da maneira que um agente econômico, comprador do bem, julgou ser utilizável.

Conforme afirma Gadrey (2000), ainda não existe consenso a respeito do conceito de atividades de serviços e conseqüentemente de seus produtos, os serviços. Entretanto, ele comenta que três diferentes abordagens têm sido utilizadas na tentativa de conceituar este tema. A primeira delas, abordagem tecnicista, se baseia nas idéias de Smith e Say, os quais defendem que o serviço é aquele produto que deixa de existir no momento próprio de sua criação, produção e que é imaterial. A abordagem baseada no serviço foca-se no conceito de co-produção, que defende a interação e cooperação entre produtor e consumidor como a maneira de se alcançar determinado resultado ou objetivo. Por último, tem-se a abordagem integradora que considera como características essenciais dos serviços o fato de que estes não podem ser estocados e nem mesmo transportados, fazendo com que os serviços se diferenciem dos bens de consumo, que podem ser transportados e estocados.

Um questionamento decorrente da análise das abordagens descritas acima é quanto ao conceito de materialidade do produto ofertado pelo setor de serviços. Isso porque Gadrey (2000) defende que o produto é material se consegue assumir a forma de algo tangível que seja independente temporalmente e espacialmente da existência de seu produtor, do seu consumidor ou até mesmo do processo que ocasionou a sua criação. Assim sendo, tem-se que quase todos os produtos decorrentes dos serviços possuem uma natureza imaterial. Além disso, o produto pode ser considerado material caso a atividade transforme a matéria usada como “matéria-prima” e se essa modificação for passível de observação.

Para Hill (1977), os serviços são a transformação do estado de um bem ou até mesmo de uma pessoa que esteja inserida em um contexto econômico, que apresenta a possibilidade de ser modificado, resultantes de um desejo de um agente econômico e acordado entre as partes envolvidas. Complementando as idéias citadas, Gadrey (1991 *apud* VARGAS, 2006) defende o triângulo do serviço (Figura 1), o qual considera a atividade de serviço como sendo uma ação de transformação sobre um suporte C, que é de propriedade de um agente econômico A, efetuado por um prestador B pela demanda de A que, no entanto, não necessariamente precisa produzir um novo produto que tenha existência independente de C.

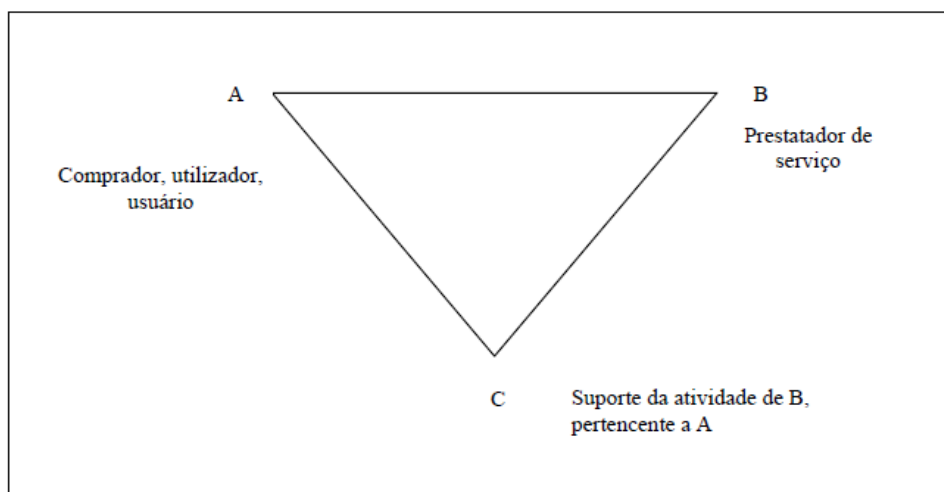


Figura 1: O triângulo do serviço.
Fonte: Gadrey (2001).

Conforme Gadrey, Gallouj e Weinstein (1994) uma atividade de serviço objetiva transformar algo possuído ou mesmo utilizado por certo consumidor. Essa transformação é realizada por um fornecedor a pedido do próprio consumidor e em certos casos até mesmo contando com a cooperação deste. Porém isso não produz um bem que tenha autonomia de circular na economia de maneira separada ao fornecedor. Dessa maneira, para esses autores, produzir um serviço significa solucionar certo problema e não necessariamente criar um bem, algo palpável, concreto.

Segundo Miles (2001), os serviços podem ser categorizados de três maneiras: 1) serviços físicos, que dizem respeito a transformações físicas principalmente para manter ou transportar bens, pessoas combinando distribuição (estocagem e movimentação de produtos) e transferência (de propriedade); 2) serviços centrados na pessoa são aqueles destinados a manter ou mesmo aprimorar o bem-estar físico e social do sujeito/ agente econômico, juntamente com serviços de consumo privado, que estão mais ligados à aparência pessoal e

conforto doméstico; 3) serviços de informação, que são aqueles relacionados aos processos de informação.

Vargas (2006) afirma que existem alguns mitos relacionados ao setor de serviços, dentre eles:

a. Os serviços são atividades residuais: pela dificuldade em mensurar o produto dos serviços sua explicitação na participação da economia (do Produto Interno Bruto, PIB) acaba sendo estimada, quer dizer, identificam-se os volumes de produção decorrentes dos setores primários e secundários e atribui-se o valor restante às atividades de serviços (setor terciário). Chesnais (1996 *apud* VARGAS, 2006) comenta que os serviços têm sido delimitados de uma maneira muito pobre e restrita, que é a forma residual, pois que eles na verdade se encontram no centro da atual fase de desenvolvimento da economia capitalista.

b. Os serviços apresentam baixa produtividade e baixo investimento de capital: essa idéia está relacionada com uma possível ocorrência do Paradoxo de Solow, a qual pretende descrever a ocorrência de um processo de acelerado progresso técnico juntamente com uma estagnação na produtividade. Um dos fatores que acabam por alimentar esse mito, diz respeito à imaterialidade de grande parte dos serviços, o que dificulta a mensuração de sua produtividade, pois que primeiro é preciso que se defina qual o produto de determinado serviço.

c. Os serviços são atividades realizadas por trabalhadores com baixa qualificação: têm-se que o setor de serviços seja composto exclusivamente por trabalhadores que possuem baixa qualificação e ocupem subempregos, que servem para absorver aqueles que não foram enquadrados no setor primário e secundário. Esse fato é confrontado por Gallouj (1998 *apud* VARGAS, 2006) que relata que o setor de serviços apenas reflete as distintas exigências do setor, dependendo então da divisão do trabalho existente e do grau de instrução exigido para o trabalho. Além disso, é notável que o setor terciário também empregue trabalhadores altamente especializados.

Uma característica bastante peculiar do setor de serviços é que a relação com o consumidor, com o cliente é diferente da relação obtida nos demais setores. Assim, Fitzsimmons e Fitzsimmons (2000 *apud* KLEMENT, 2007) defendem que o cliente/consumidor também participa do processo da prestação de serviços, sendo ele um agregador do serviço. Como o consumidor é ativo na prestação do serviço pode-se afirmar

que existe uma simultaneidade entre o momento em que o produto é produzido e no que é consumido; a localização do consumidor é levada em consideração pelo prestador de serviço, afinal é fundamental que consumidor e prestador de serviço possam se encontrar para que haja o serviço. Como o trabalho é centrado no cliente, há uma exigência maior de experiência do prestador, a automação do trabalho pode gerar um maior distanciamento do cliente ao mesmo tempo em que promove uma maior atenção ao trabalho, que pode promover variação no serviço. A intangibilidade dos serviços pode provocar um problema para os clientes, pois dificulta o teste de eficiência do produto dos serviços, fazendo que os consumidores tenham como base apenas a reputação daqueles que ofertam o serviço. Essa dificuldade de mensuração do produto resultante dos serviços acontece porque para cada cliente um serviço diferente é prestado, mesmo que haja padronização a avaliação de um serviço é resultado de uma pesquisa de mercado ou do acompanhamento do processo de produção do serviço.

Ainda acerca da relação entre serviços e clientes, Hill (1977) defende que essa relação consiste em mudanças/transformações na condição física ou mental do consumidor que é a consequência direta da atividade do produtor, sendo realizadas essas mudanças a pedido do cliente. Para Gallouj (1994 *apud* VARGAS, 2006) uma característica do setor de serviços é que este tem como elemento fundamental, a relação entre dois atores envolvidos, a partir de uma demanda surgida no processo produtivo. Para este autor, pode-se compreender a relação ocorrida no setor de serviços como um contexto e formas de cooperação entre o consumidor e o fornecedor do serviço de maneira a alcançar as expectativas do primeiro, a partir das ferramentas ofertadas pelo fornecedor e também pela elaboração conjunta de soluções para o problema do cliente.

Para que se compreenda melhor as etapas de produção desse serviço (adquirido e co-produzido pelo consumidor) tem-se que pensar primeiro no processo de produção do produto, que apresenta três fases. A primeira é a fase de introdução, que corresponde a um período de muita inovação do produto que ocorre durante o estabelecimento de novas indústrias, caracteriza-se pela ocorrência de rápidos avanços técnicos e pelo surgimento de uma ampla gama de novos produtos; pelo trabalho intenso, de alto custo que são aplicados a baixos volumes de produção, e sua ênfase está sobre o desempenho/qualidade dos produtos para que consigam adquirir novos mercados. Na segunda, fase de crescimento, a ênfase competitiva almeja melhorar a qualidade dos produtos, assim o processo de produção torna-se mais padronizado e automatizado, com aumento de capital e aumento da produção. A terceira, fase de maturidade, tem como característica principal a ênfase na redução do preço unitário do

produto, o processo de produção atinge seu nível máximo de automatização, e há intensificação da concentração de produção em unidades maiores, bem como há um maior investimento e aumento nas taxas de trabalho, o que acaba poupando investimentos de maneira progressiva e gerando aumento nos custos de outra inovação (BARRAS, 1986).

Ainda de acordo com Barras (1986), o ciclo reverso do produto também apresenta três fases. Na primeira fase, a nova tecnologia é desenvolvida visando aumentar a eficiência da prestação do serviço executado; na segunda, a tecnologia é aplicada para desenvolver a qualidade do serviço; e a terceira fase, na qual a tecnologia auxilia na geração de um serviço completamente transformado ou mesmo de um novo serviço. Complementando as idéias acima citadas, Djellal e Gallouj (2007) afirmam que a primeira fase do ciclo reverso do produto é caracterizada por progressos técnicos que acabam poupando trabalho (redução da força de trabalho) e aumentando os investimentos; na segunda, ocorrem radicais inovações de processo que buscam a melhoria da qualidade do serviço; e na terceira, as inovações visam em menor escala melhorar a eficiência e diferenciação dos produtos e almejam a conquista de novos mercados.

Um importante conceito que também deve ser discutido é o de inovação. Bryson e Monnoyer (2004) defendem que atribuir um significado para este termo é bastante complicado, pois o mesmo engloba uma grande quantidade de diferentes atividades. Entretanto, acreditam que inovação esteja necessariamente relacionada com a criação de algo novo. Gadrey, Gallouj e Weinstein (1994) afirmam ainda que inovação possui duas formas: a) Organizar a solução de novos problemas, elaborar fórmulas ou até produtos decorrentes de serviços e que sejam novidade para o mercado ou para aquele certo consumidor. Os problemas a serem resolvidos podem decorrer dos clientes, mas também dos próprios prestadores de serviços, à medida que esses se antecipem às demandas dos consumidores. Essa antecipação dos prestadores de serviços pode ser obtida por meio de uma interação mais estreita com os clientes. b) Elaborar uma forma mais eficiente de organizar soluções para problemas que sejam similares.

Segundo Tushman e Nadler (1986) no nível mais básico as inovações podem ser de dois tipos: inovação no produto e inovação no processo, sendo que cada tipo se subdivide em incremental, sintético ou descontínuo. Inovação no produto está relacionada com uma mudança no produto em si ou no serviço realizado pela empresa, enquanto que inovação no processo diz respeito a uma mudança na forma como o produto é produzido ou em como o

serviço é oferecido ao consumidor. Uma inovação incremental no produto é quando oferecem novas versões, características adicionais para outra linha de produtos padrão; inovação sintética no produto refere-se à combinação criativa de tecnologias ou idéias de forma a criar novos produtos; e inovação do produto descontínua envolve a aplicação ou desenvolvimento de idéias relevantes. Inovação incremental no processo gera baixo custo e alta qualidade, na qual acabam acontecendo pequenos processos de inovação que melhoram o processo de produção; a inovação sintética do processo gera uma grande mudança no tamanho, forma, volume ou capacidade dos processos de produção; e inovação descontínua do processo são formas totalmente novas de produzir bens ou serviços.

As inovações podem ser: contínuas, que acarretam a modificação de um produto já existente e tem o menor efeito no padrão comportamental; dinamicamente contínuas, são aquelas que podem criar algo novo ou modificar algo já existente, que causa alguma mudança no padrão comportamental; e descontínuas, que envolvem a elaboração de novos produtos e uma notável mudança no padrão comportamental do usuário (WARREN; ABERCROMBIE; BERL, 1989).

No início deste capítulo fez-se referencia a três tipos de abordagens, sendo elas as seguintes (GALLOUJ, 1994 *apud* VARGAS, 2006):

- a. Abordagem tecnicista cujo foco está voltado para a análise de transformações decorrentes do processo de informatização em diversos tipos de serviços (VARGAS, 2006).
- b. A abordagem baseada nos serviços visa identificar nas similaridades do processo produtivo nos serviços as fontes criadoras de inovação (GALLOUJ 1994 *apud* VARGAS, 2006). Baseando-se nessa abordagem Sundbo e Gallouj (1998) apresentam os seguintes tipos de inovação:
 1. Inovações de produto: relacionadas com a prestação de novos serviços.
 2. Inovações de processo: relacionadas com a modificação de alguns procedimentos de forma a gerarem novos serviços.
 3. Inovações gerenciais ou organizacionais: relacionadas à inserção de novas técnicas de planejamento, adoção de indicadores etc.
 4. Inovações de mercado: relacionadas à descoberta de novos mercados a partir do descobrimento de novos nichos de mercado ou mudança do comportamento organizacional.

- c. A abordagem integradora considera que a inovação engloba características genéricas cuja ênfase será nas peculiaridades dos serviços, de acordo com o nível de intensidade obtido da relação usuário-produtor (VARGAS, 2006). Gallouj e Weinstein (1997) propõem alguns tipos de inovação nessa abordagem, sendo eles:
1. Inovação radical: há criação de produtos totalmente novos, com características diferentes dos produtos anteriores, requerendo competências também diferentes do produtor bem como do consumidor.
 2. Inovação de melhoria: é aquela decorrente da modificação de determinada característica do produto visando uma melhoria deste sem alterá-lo completamente.
 3. Inovação incremental por substituição ou adição de características: é aquela em que há substituição ou adição de uma característica ou competência necessária à produção ou uso do produto. A essência do serviço não é alterada, porém os serviços periféricos são afetados pela introdução da inovação. A inovação incremental envolve a adição ou substituição de características, enquanto que a de melhoria resulta em uma nova especificação de algo já existente.
 4. Inovação *ad hoc*: é a construção interativa de uma solução para determinado problema particular apresentado por um cliente. Há alteração das características do serviço prestado e há um caráter de co-produção das inovações, o que demonstra a importância da relação entre prestador do serviço e o consumidor.
 5. Inovação por recombinação: é aquela em que há criação de novos produtos a partir de combinações de características ou produtos existentes em novos usos.
 6. Inovação por formalização: diz respeito ao processo de nomear determinado serviço e organizar sua sequência.

2.1.1. Inovação em serviços hospitalares

Para Djellal *et al* (1994 *apud* VARGAS, 2006) pode-se considerar os serviços hospitalares como sendo aqueles associados a serviços complementares, os quais são parte

integrante do que é um hospital. Afinal, além de o hospital prestar assistência médica, sua atividade primordial, também existem outros tipos de atividades que são desenvolvidas em seu contexto e que são de suma importância para o bom desempenho da atividade primeira da instituição. Eles ainda consideram que o hospital engloba diferentes contextos que envolvem a relação de serviços e como o ponto central de uma ampla rede de relações que caracterizam relação nos serviços, pois neste contexto existem diversos atores.

A complexidade dos serviços hospitalares é ainda enfatizada por Djellal e Gallouj (2005) que enumeram quatro variáveis relacionadas a este fato: o constituinte do serviço que compõe a produção total do hospital; as metas da prestação de serviços; as características do serviço e, as competências dos prestadores de serviços. A primeira variável afirma que o serviço básico de um hospital é o tratamento médico ou os cuidados de enfermagem propriamente ditos. Entretanto não se pode reduzir um hospital a apenas esta função, pois este apresenta ainda serviços de hotelaria e alimentação, serviços administrativos e de gestão, e serviço médico e paramédico. Levando-se em consideração a noção de triângulo de serviço o principal meio de produção de serviço pode ser objeto (material), informação, conhecimento ou individual. As características do serviço descrevem as utilidades derivadas da implantação, durante as várias operações que compõem a prestação de serviço, dos componentes técnicos internos e/ou das competências. Porém, os autores, afirmam que não se devem confundir as características do serviço com os constituintes do serviço.

O contexto hospitalar apresenta uma peculiaridade: é o ponto de encontro entre tecnologias que são desenvolvidas pela indústria de equipamentos, farmacêutica, biotecnológica e por aquela que atua na qualificação dos profissionais envolvidos nesse ambiente (VARGAS, 2006). Além disso, Gadelha (2003) comenta que outra singularidade desse setor é que o produto resultante do serviço hospitalar possui um caráter diretamente social, que promove uma atuação social mais direcionada bem como a maior ocorrência de políticas públicas. Assim, o governo ocupa uma importante posição no desenvolvimento das inovações desse setor, pois oferece a maior parte dos investimentos a fim de estimular uma maior inovação e competitividade no setor de serviços.

Entretanto, observa-se que no Brasil existe um abismo entre o sistema de saúde e o contexto de inovação por alguns motivos: inexistência de relação entre os prestadores dos serviços de saúde e as indústrias que normalmente são as fomentadoras de produção de inovação; restrição do foco da política de saúde à demanda dos serviços, ressaltando o custo

da inovação, as formas de incorporação da tecnologia sem levar em consideração a capacidade de inovação da indústria e também a utilização do amplo poder de compra do Estado para que se possa desenvolver a indústria de saúde (GADELHA; QUENTAL; FIALHO, 2003). Dessa forma, pode-se inferir que também não há uma conscientização da importância de se estudar as competências daqueles que utilizam as inovações.

2.2. Competências

2.2.1. Breve histórico e conceito de competência.

Até o final da Idade Média, o termo competência estava atrelado à linguagem jurídica, significando a capacidade de uma pessoa ou mesmo instituição julgar determinadas questões. A partir disso, o termo passou a ser utilizado para designar uma qualificação ao indivíduo que era capaz de realizar certa atividade (ISAMBERT-JAMATI, 1997). O termo foi adicionado ao ambiente organizacional durante a Revolução Industrial, com o advento do *taylor-fordismo*, significando a capacidade de uma pessoa desempenhar eficientemente um trabalho (BRANDÃO; BORGES-ANDRADE, 2007). Entretanto, foi a partir de 1970 que o tema alcançou maior importância no campo acadêmico, sendo-lhe dispensado mais atenção e mais estudos, que aumentaram os conhecimentos acerca do assunto (FLEURY; FLEURY, 2001).

Existem duas vertentes principais, pelas quais se podem compreender a noção de competência. A primeira delas é a adotada por autores norte-americanos, que a consideram um conjunto de características que são subjacentes ao sujeito, permitindo que ele realize determinada atividade. A segunda é adotada por autores franceses que associam competência às realizações de uma pessoa em um determinado contexto. Entretanto, uma terceira vertente vem se fortalecendo cada vez mais, a abordagem integradora que procura definir a competência a partir da união de concepções anteriores. Esta é defendida por Gonczi, o qual compreende a competência não apenas como conhecimentos, habilidades e atitudes requeridos para desempenhar certa atividade, mas também o próprio desempenho de uma pessoa em certo contexto. Assim sendo, a competência associa atributos da própria pessoa ao contexto em que são usados pelo indivíduo (BRANDÃO; BORGES-ANDRADE, 2007). É importante frisar que esta abordagem será utilizada no trabalho.

Conhecimento é, para Durand (1999 *apud* BRANDÃO; GUIMARÃES; BORGES-ANDRADE, 2001), a gama de informações que são assimiladas pelo sujeito para que este possa compreender o mundo ao seu redor, sendo assim todo o conhecimento adquirido por ele

em sua vida. Para o mesmo autor, habilidade diz respeito à capacidade que o indivíduo possui de utilizar de maneira produtiva todo o conhecimento que possui, visando alcançar um determinado objetivo. De acordo com Bloom *et al* (1979 *apud* BRANDÃO; GUIMARÃES; BORGES-ANDRADE, 2001), as habilidades podem ser intelectuais (que abarcam os processos mentais de organização de informação), e motoras ou manipulativas (quando envolvem coordenação neuromuscular). Para Brandão, Guimarães e Borges-Andrade (2001), atitude está relacionada com os aspectos sociais e afetivos decorrentes do trabalho. As atitudes são complexos estados humanos que interferem diretamente na maneira que o sujeito se comporta frente a outras pessoas, coisas ou eventos. Além disso, podem ser consideradas como o querer fazer que está relacionado com o sentimento (BLOOM 1979 *et al*, *apud* BRANDÃO; GUIMARÃES; BORGES-ANDRADE, 2001).

Zarifian (2001) complementa que o conceito de competência está além da questão da qualificação, pois que o termo está relacionado com a capacidade que o sujeito apresenta de compreender e ter domínio sobre certas situações que se encontram em fase de mudanças, de ter iniciativa, fazer além do que foi requerido e ser reconhecido pelos demais bem como ser responsável por estes. Este mesmo autor compreende a competência relacionada a três importantes fatores, que são: a noção de incidente, que são os acontecimentos espontâneos, imprevisíveis de forma a perturbar o sistema normal de produção; comunicação, que implica a compreensão de si mesmo e do outro, significando o alinhamento com os objetivos organizacionais; e serviço, que está relacionado com o atendimento de clientes externos e internos e que precisa ser central para a organização.

Fleury e Fleury (2001) defendem que a competência não é um estado vivenciado pelo sujeito bem como não pode ser reduzida a um conhecimento específico. Conforme afirma Le Boterf (1995 *apud* FLEURY; FLEURY, 2001) a competência apresenta três eixos: a própria pessoa (com sua história de vida), a sua formação educacional e sua experiência profissional adquiridas ao longo do tempo. Parry (1996 *apud* DUTRA; HIPÓLITO; SILVA, 2000) questiona a presença de traços de personalidade, estilos e valores na competência, sendo que: as competências flexíveis englobariam os traços de personalidade, enquanto que as competências rijas limitam-se as habilidades necessárias ao trabalho a ser desempenhado.

No que se refere ao aspecto conceitual do termo competência, é importante frisar que existe uma grande fragmentação do mesmo. Assim sendo, adota-se que as competências profissionais são combinações sinérgicas dos CHAs (conhecimentos, habilidades e atitudes)

que possuem relação causal com o desempenho do indivíduo no contexto organizacional, gerando valor social para aquele que a possui e também agregando valor de ordem econômica para a instituição em que trabalha. As competências organizacionais são os atributos subjacentes à organização que favorecem o alcance das metas e objetivos estratégicos (BRUNO-FARIA; BRANDÃO, 2003).

2.2.2. Níveis e tipologia das competências.

O conceito de competência também pode ser pensado em relação à equipe de trabalho e à própria organização de forma geral e não apenas no aspecto individual (conforme tratado anteriormente). De acordo com Zarifian (1996 *apud* BRANDÃO; GUIMARÃES, 2001) não é sensato desprezar o aspecto relativo ao grupo no processo produtivo, assim não se deve excluir a competência relacionada à equipe. Afinal, deve-se ter ciência que os valores e crenças compartilhadas pelo grupo acabam por influenciar em alguma medida o desempenho e a forma de agir dos mesmos no meio em que desempenham suas atividades (DURAND, 2000 *apud* BRANDÃO; GUIMARÃES, 2001).

Prahalad e Hamel (1990) defenderam a existência das *core competences* (competências essenciais), as quais foram definidas como sendo comunicação, envolvimento e também um profundo comprometimento em trabalhar cruzando as fronteiras organizacionais. Neste tipo de competência o conhecimento está atrelado a um processo de aprendizagem que engloba capacitação de recursos humanos bem como inovação. Além disso, as competências essenciais obedecem a três critérios: são de difícil imitação, dão acesso a mercados diferentes e realmente oferecem benefícios aos consumidores. Para eles, tem-se que levar em consideração que uma inter-relação dinâmica entre a estratégia competitiva e as competências determinam a competitividade de uma organização.

As competências organizacionais são o conjunto de conhecimentos, tecnologias, habilidades, sistemas físicos e gerenciais inerentes a determinada empresa/organização; são as necessárias a cada função e que podem perpassar vários níveis da organização assim como ela própria de forma geral. As vantagens competitivas que geram uma percepção diferenciada por parte do cliente/consumidor são atribuídas às competências essenciais organizacionais, fato que promove uma diferenciação da empresa em questão às demais concorrentes e que torna mais difícil uma imitação da concorrência. Pode-se então dizer que essas competências estão intimamente ligadas à estratégia competitiva da empresa, tais como visão, missão e intenção estratégica (PRAHALAD; HAMEL, 1990).

Fleury e Fleury (2004) distinguem as competências essenciais das organizacionais. Estas podem perpassar as diversas unidades da organização bem como serem comuns a toda ela. Assim sendo, são aquelas esperadas de cada uma das unidades da empresa em questão e estão intimamente relacionadas ao desenvolvimento das competências dos próprios funcionários (individuais) e das condições oferecidas pelo contexto. Zarifian (1999 *apud* FLEURY; FLEURY, 2004) enuncia alguns conteúdos relacionados às competências organizacionais que configuram diversas áreas de desenvolvimento de competências: competências sobre processos (conhecimentos sobre o processo de trabalho); competências técnicas (conhecimentos específicos sobre o trabalho que deve ser feito); competências de serviço (união da competência técnica com o questionamento acerca do impacto que o produto/serviço produzirá no consumidor); competências sobre a organização (saber organizar os fluxos do trabalho); e competências sociais (saber ser, atitudes que sustentam o comportamento das pessoas).

A partir do que foi descrito anteriormente, pode-se afirmar que as competências (essenciais ou organizacionais) são formadas por meio da combinação de variadas competências individuais com os recursos, de maneira que o resultado total é maior do que a soma das competências individuais (FLEURY; FLEURY, 2004).

As competências podem ser classificadas em emergentes, declinantes, estáveis ou essenciais e transitórias, quanto ao seu ciclo de relevância ao longo do tempo. As emergentes são aquelas cuja relevância tende a aumentar, mas que no momento atual não são percebidas como tal, porém o desenvolvimento da organização provavelmente as enfatizarão em breve. As declinantes são aquelas competências que possuíram uma grande importância para a empresa, mas que devido a mudanças ocorridas na organização (sejam elas tecnológicas ou estratégicas) promoveram uma perda de relevância destas. As estáveis ou essenciais são as fundamentais para o funcionamento da organização, que se mantêm com tal importância ao longo do tempo. As transitórias são aquelas que apesar de serem extremamente necessárias em momentos críticos, não estão diretamente relacionadas com a atividade desenvolvida pela empresa em questão (SPARROW; BOGNANNO, 1994 *apud* BRANDÃO; GUIMARÃES; BORGES-ANDRADE, 2002).

Em relação à natureza do papel ocupacional exercido pelo indivíduo, as competências podem ser técnicas ou gerenciais, conforme defende Cockerill (1994 *apud* CARBONE *et al*, 2006). As competências técnicas são aquelas relevantes para os profissionais que

desempenham atividades operacionais ou de assessoramento, sem a atividade formal de liderança. Entretanto, as competências gerenciais delimitam comportamentos esperados do sujeito que estão em cargos de supervisão ou direção. Quanto à singularidade, as competências organizacionais podem ser divididas em básicas e essenciais. As básicas são as que representam atributos relevantes ao bom funcionamento da empresa/organização, mas que não a distingue das demais; as essenciais representam atributos distintivos que acabam diferenciando a empresa das suas concorrentes (CARBONE *et al*, 2006).

Por último, Carbone *et al* (2006) defendem que as competências podem ser classificadas em gerais e específicas, referindo-se à amplitude das mesmas. As competências gerais servem para qualquer tipo de atividade profissional com atuação humana, organizacional e funcional tendo como base qualquer tipo de transferência. As específicas estão atreladas a situações específicas de determinado trabalho.

2.2.3. Gestão por competências.

As constantes mudanças sofridas pela economia mundial bem como a crescente globalização dos mercados internacionais acabam desafiando as organizações a obterem cada vez mais vantagem competitiva. Essas transformações têm promovido modificações na gestão das empresas e consequentemente na gestão dessas pessoas, de modo a alcançar um alinhamento entre as políticas de gestão de recursos humanos e as estratégias idealizadas pelas empresas, ao se incorporar o conceito de competência à gestão de pessoas (BAHRY; TOLFO, 2007).

Brandão e Guimarães (2001) afirmam que uma alternativa aos modelos gerenciais tradicionalmente utilizados pelas organizações é a gestão por competências, que se propõe a destinar esforços para o planejamento, captação, desenvolvimento e avaliação das competências necessárias à execução dos objetivos nos níveis diversos da organização (organizacional, grupal ou mesmo individual). Defendem ainda que a gestão de competências está inserida em um contexto maior, que é a gestão organizacional, tomando como ponto de partida a estratégia definida pela organização de forma a direcionar seu processo de recrutamento e seleção, treinamento, gestão de carreira para que possa promover o desenvolvimento ou captação das competências requeridas para que os objetivos possam ser alcançados. Os autores acima citados ressaltam que a gestão de competências deve ser percebida como um processo circular que envolve todos os níveis da organização.

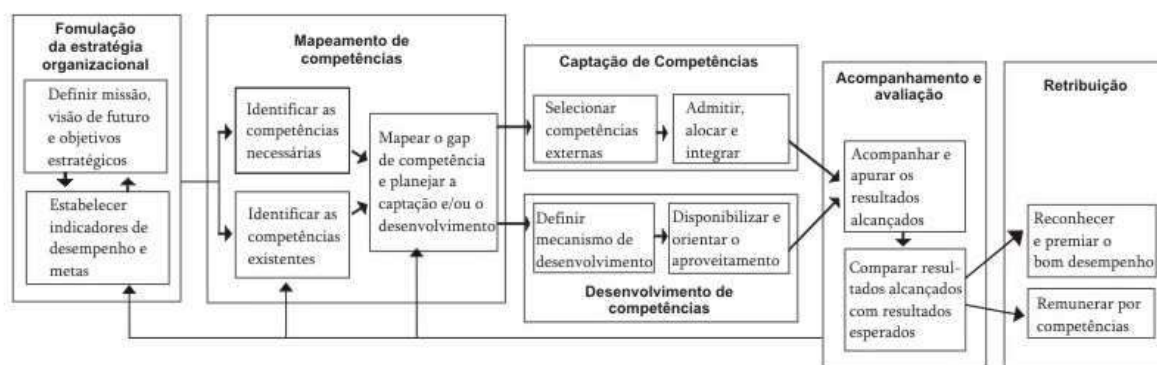


Figura 2: Modelo de gestão organizacional baseada em competências
Fonte: Brandão e Bahry (2005).

Conforme pode ser observado na Figura 2, a gestão por competências é um processo contínuo cuja etapa inicial é a formulação da estratégia organizacional, na qual são definidos a missão, a visão de futuro e os objetivos a serem alcançados. Depois, definem-se as metas e os indicadores de desempenho baseados nas estratégias definidas (BRANDÃO; BAHRY, 2005). Para Brandão e Guimarães (2001), missão organizacional é o motivo pelo qual a organização existe; visão é o futuro almejado pela organização; e objetivos estratégicos são as situações buscadas por uma organização em determinado período de tempo.

O próximo passo é a realização do mapeamento das competências (humanas e organizacionais), quer dizer, a identificação do *gap* (lacuna) entre as competências desejadas pela organização para que se possa ter o desempenho esperado pela mesma e as competências que já estão disponíveis no interior da empresa. Em caso de ausência de ações que promovam a captação ou desenvolvimento pela organização, o *gap* tende a aumentar cada vez mais, pois a dinâmica vivenciada pelas organizações requer o desenvolvimento constante de novas competências (CARBONE *et al*, 2006).

A captação é a seleção de competências advindas externamente e sua integração ao contexto organizacional que pode ser em nível individual por meio de processos de recrutamento e seleção de pessoas e em nível organizacional pelas alianças estratégicas. O desenvolvimento diz respeito ao aprimoramento das competências já possuídas na organização no nível individual pela aprendizagem e no nível organizacional por meio de investimentos em pesquisas (BRANDÃO; GUIMARÃES, 2001).

Para Carbone *et al* (2006) a aprendizagem individual ou coletiva, natural ou induzida é a maneira pela qual as competências humanas são desenvolvidas, enquanto o desempenho do

sujeito no trabalho é a manifestação da sua própria competência, quer dizer, aquilo que a pessoa incorporou ao seu repertório comportamental.

Brandão, Guimarães & Borges-Andrade (2001) comentam que a partir do cumprimento dessas etapas seria possível formular planos operacionais e de gestão dos indicadores de desempenhos e de remuneração de indivíduos e equipes. A última etapa é o acompanhamento e avaliação (servindo de *feedback*, retroalimentação) ao processo, pois pode-se assim mensurar os resultados obtidos comparando-os com os que eram esperados. Assim é possível, conforme Carbone *et al* (2006), identificar e corrigir possíveis problemas assim como avaliar a eficácia das políticas adotadas pela organização. Para eles, é perceptível a relação de interdependência entre a gestão por competências e a gestão de desempenho, afinal o desempenho demonstra a competência do sujeito, de sua equipe ou da organização de forma mais geral.

2.2.4. Mapeamento de competências.

A função do mapeamento de competências é identificar o *gap* de competências, ou seja, verificar a discrepância entre as competências requeridas para a concretização da estratégia organizacional e as competências já presentes na organização. Assim sendo, é preciso que primeiro se consiga identificar quais são essas competências necessárias, o que geralmente é realizado utilizando-se uma pesquisa documental que engloba uma análise da missão, visão, objetivos organizacionais e demais documentos relacionados à estratégia da empresa (CARBONE *et al*, 2006). Em seguida, coletam-se dados com os principais nomes da organização, por observação, grupos-focais ou questionários (BRUNO-FARIA; BRANDÃO, 2003; GUIMARÃES *et al*, 2001; SANTOS, 2001 *apud* CARBONE *et al*, 2006).

Ainda de acordo com Carbone *et al* (2006), é mais indicado descrever as competências humanas em forma de comportamentos observáveis no ambiente de trabalho, afinal o desempenho representa uma manifestação da competência. É relevante que esses comportamentos sejam objetivos e que sejam de fácil observação no ambiente de trabalho, pois se os comportamentos não ficarem claros é bastante provável que cada indivíduo o interprete da forma que mais lhe convier.

Dessa forma, a descrição de uma competência representa um comportamento ou desempenho esperado, quer dizer, aquilo que se espera que o profissional seja capaz de realizar. Esse comportamento é descrito usando-se um verbo e um objeto de ação, ao qual

pode ser acrescentado sempre que conveniente, uma condição na qual se espera que o desempenho aconteça. Além disso, pode-se incluir também um critério que indique um padrão de qualidade ou o nível de desempenho visto como satisfatório (BRANDÃO; BAHRY, 2005).

Alguns erros devem ser evitados, tais como: descrições muito longas e uso de termos técnicos; ambigüidades, duplicidades, irrelevância e obviedades, abstrações, uso de verbos que não indicam ações concretas. Deve-se ter o cuidado de utilizar verbos que expressem ações concretas e passíveis de observação, submeter as descrições à análise de pessoas-chave na organização (buscando detectar possíveis enganos) e realizar a validação semântica das competências (de modo a garantir que todos compreendem de forma igual o comportamento descrito) (CARBONE *et al*, 2006).

Após a descrição e validação das competências deve-se definir a escala mais adequada para que os respondentes dos questionários possam avaliar de forma mais fidedigna o grau de relevância das competências e, posteriormente o número de pontos da escala. Ao final do questionário, deve-se destinar um espaço para que o respondente possa colocar seus dados pessoais, o que permitirá uma análise estatística (BRANDÃO; BAHRY, 2005).

De acordo com Brandão e Bahry (2005), após o mapeamento das competências é possível planejar e realizar a captação ou o desenvolvimento das competências profissionais para que se consiga minimizar o *gap* existente e também retribuir os profissionais que manifestam de maneira excepcional as competências avaliadas.

2.3. Relação entre competências e inovação em serviços.

Gallouj e Weinstein (1997) dizem que a produção de um serviço é geralmente o resultado da combinação de dois mecanismos: a utilização de características técnicas que são baseadas em competências e a direta mobilização de competências. Um produto (seja ele bem ou serviço) é representado por um conjunto de características finais, que são obtidas por meio de uma combinação de características técnicas, as quais mobilizam competências. Para eles, a característica principal das atividades de serviço é que a produção de serviço pode ter lugar mesmo sem um bem ou conjunto de bens fornecidos, ou pelo menos não pode ser reduzida à produção destes.

Levando-se em consideração idéias levantadas no Capítulo 1, pode-se estabelecer a relação entre competências e as inovações em serviços ao se afirmar que o constituinte do

serviço mobiliza diferentes tipos de competências e tecnologias com o objetivo de realizar o processamento de operações em diferentes meios. Estas competências, tecnologias e atividades, contribuem para a produção de utilitários aos clientes. As características do serviço são consideradas a partir do ponto de vista do cliente/consumidor, afinal a tarefa de identificá-las e rotulá-las pode ter seu grau de dificuldade alterado pelo tipo de constituinte do serviço. Caso o serviço oferecido pelo hospital, como um todo, seja adotado como uma unidade de análise, então pode ser definido como um tipo de pacote de serviço. Uma forma de explicar as características do serviço é representá-las em termos de vários constituintes do serviço ou funções que compõem o pacote. Dessa maneira, cada constituinte do serviço corresponde a um constituinte da função (DJELLAL; GALLOUJ, 2005).

Para estes mesmos autores, as competências dos prestadores de serviço relacionam-se com os indivíduos ou com pequenos grupos envolvidos nas atividades do hospital. Estas competências derivam de diversas fontes: educação inicial, treinamento, experiência e geralmente mais da interação entre as várias fontes no aprendizado do sujeito. Foray (1994 *apud* DJELLAL; GALLOUJ, 2005) diz que a forma e a natureza destas competências podem ser codificadas, ou seja, podem ser reduzidas a mensagens e serem difundidas a custo zero. Estes autores ainda defendem que elas estão apenas fracamente articuladas, difíceis de serem transferidas e indissociáveis dos indivíduos nos quais foram incorporadas. As competências podem então ser divididas em vários tipos:

- competências técnicas ou científicas (cognitivas ou profissionais);
- competências relacionais internas e externas (dependendo se as relações são internas à equipe ou com os clientes e outros envolvidos com o tratamento);
- competências combinatórias ou criativas;
- competências operacionais.

Estas competências podem estar nas tecnologias implantadas ou nos vários tipos de operações realizadas ou podem ser aquelas competências mobilizadas diretamente, sem intermediação técnica, com o intuito de produzir utilitários (sendo nesse caso um serviço puro) (DJELLAL; GALLOUJ, 2005). Gallouj e Weinstein (1997) defendem que no serviço puro, a habilidade de produzir um serviço e a qualidade desse serviço, dependem da capacidade de implementar e organizar as competências adquiridas, pois em alguns serviços o modelo de sistema organizacional e inovação são muito importante nesta área. Para estes

autores, a importância das competências nos serviços baseados em conhecimentos é enorme, afinal é a grande capacidade de mobilizar competências o maior argumento a favor do uso de um provedor de serviços externo.

Segundo Djellal e Gallouj (2005), dependendo do constituinte do serviço e do tipo de prestador de serviço, as competências podem ser extremamente diversas, principalmente em relação aos componentes técnicos e científicos. Gallouj e Weinstein (1997) ressaltam que há diferença entre competências e as características técnicas intangíveis, visto que competências formalizadas e codificadas são utilizadas por indivíduos ou grupos, isso requer a mobilização de competências individuais, mas são independentes daquele que as possui.

A participação do cliente/consumidor na produção de um serviço é uma das características principais da prestação de serviço (e é cada vez mais partilhada com a produção de certos bens). A relação de co-produção é representada pela combinação de dois fatores. A teoria da demanda está presente nas características do serviço e também nas competências do cliente/consumidor mobilizadas pela relação de serviço. Alguns motivos para levar em conta a relação cliente/prestador são: pode ser ela própria o sujeito da inovação; é o laboratório onde uma forma de inovação é iniciada; e a qualidade das competências da empresa cliente é um dos critérios para o sucesso da transferência de inovações e tecnologias (GALLOUJ; WEINSTEIN, 1997).

Conforme discutido anteriormente, a inovação em serviços promove ou mesmo requer o desenvolvimento/aprimoramento das competências relacionadas ao serviço, afinal, como há uma mudança na forma de executar determinada atividade ou em alguns casos a transformação do próprio serviço, esse fato demanda uma modificação naquele que utiliza a inovação, ou mais especificamente nas competências dos usuários (GALLOUJ; WEINSTEIN, 1997).

3. METODOLOGIA

3.1. Tipo de pesquisa

A presente pesquisa é do tipo qualitativa, classificada como descritiva, no que diz respeito à sua finalidade. Isto porque expõe características da população investigada ou do fenômeno estudado, sem o interesse de explicá-lo, mas apenas descrevê-lo (VERGARA, 2000), que neste trabalho está relacionada com o conhecimento das competências profissionais necessárias a partir da implementação de uma inovação no contexto hospitalar. Além disso, a pesquisa pode ainda ser dita aplicada, visto que conforme Vergara (2000) este tipo de pesquisa refere-se à sua motivação ser decorrente da necessidade de resolver problemas reais, imediatos, ou não, apresentando ainda uma finalidade prática.

Ainda de acordo com Vergara (2000), a pesquisa pode ser considerada de campo e bibliográfica. Isto porque, uma pesquisa de campo é uma forma de investigação (empírica) de uma certa realidade, cujo fenômeno almejado encontra-se presente ou mesmo aconteceu no local em determinado tempo ou que possui elementos para explicá-lo. A presente pesquisa pode ser dita de campo afinal sua aplicação deu-se no próprio contexto hospitalar. Pode-se também afirmar baseando-se na autora citada acima que este trabalho seja bibliográfico, afinal este tipo de pesquisa é o estudo sistematizado baseado em materiais acessíveis ao público de forma geral. Sendo que neste trabalho foi preciso realizar uma revisão teórica do tema abordado para que se pudesse compreender melhor o contexto estudado.

3.2. Característica da organização

O hospital foi fundado em 1971 e está localizado em Brasília – DF. O hospital estudado é de médio porte, privado, sem apoio ao SUS (Sistema Único de Saúde), que possui convênio com alguns planos de saúde.

3.3. Características da amostra

Visando identificar as competências profissionais dos colaboradores de um hospital privado advindas da implantação de uma inovação em serviço, foi selecionado o Hospital Santa Luzia. Dessa forma, cinco de seus colaboradores foram convidados a participarem deste estudo. Dentre eles, têm-se os seguintes cargos: 1 Gerente de Educação e Tecnologia de Desempenho; 1 Gestora de Enfermagem da UTI; 1 Gerente de Enfermagem da UTI; 1 Programador do GUTI, 1 Gestor-Chefe da Unidade de Terapia Intensiva.

3.4. Instrumento de pesquisa

Visando-se alcançar o objetivo deste trabalho, mencionado anteriormente, construiu-se um roteiro de entrevista juntamente com o orientador, baseado no trabalho de Vargas (2006) a fim de mapear os conhecimentos, habilidades e atitudes (competências) fundamentais para os profissionais da organização estudada utilizarem o programa GUTI. O roteiro encontra-se no Apêndice A.

O referido roteiro de entrevista é semi-estruturado, quer dizer, apresenta questões estabelecidas previamente, fato que não impediu a realização de outros questionamentos no decorrer das entrevistas buscando-se maiores esclarecimentos ou obter mais informações relativas ao tema da pesquisa. Inicialmente, o roteiro de entrevista continha 8 perguntas, que almejavam obter maior conhecimento à respeito do programa GUTI, o contexto no qual a inovação foi pensada e criada, os atores envolvidos durante a implantação e o papel desempenhado por eles, os facilitadores e os problemas decorrentes da inovação, e as competências relacionadas a ela.

3.5. Procedimentos de coleta de dados

As entrevistas foram realizadas durante os meses de outubro e novembro do ano corrente. Foram previamente agendadas com a Gerente de Educação e Tecnologia de Desempenho, a qual agendou as demais entrevistas de acordo com a disponibilidade dos entrevistados. As entrevistas aconteceram no próprio hospital, individualmente, na sala dos respectivos entrevistados, de modo a obter-se um ambiente mais favorável e confortável para estes.

Para que a entrevista tivesse início, primeiro era explicado aos participantes o tema da pesquisa e a questão do sigilo relacionado às informações por eles fornecidas, sendo enfatizada a privacidade e a confidencialidade dos relatos. Alguns dados socioprofissionais dos colaboradores foram coletados para análise da amostra participante. Todas as entrevistas foram registradas por meio de gravação eletrônica, as quais foram transcritas para que a análise dos dados fosse realizada.

3.6. Procedimentos de análise de dados

A análise dos dados oriundos das entrevistas teve como base os pressupostos de Bardin (1977) relativos à análise de conteúdo. Segundo a autora, a análise de conteúdo é um

conjunto de técnicas de análise das comunicações que almejam compreender o conteúdo da mensagem do emissor de maneira explícita e sistematizada. Sendo assim, pode-se dizer que esta ferramenta é formada por uma ou mais operações complementares, a fim de detectar as variáveis relacionadas ao aspecto psicológico, histórico e sociológico das mensagens, por meio de deduções lógicas e justificadas.

Este método de análise tem como objeto a fala, que é compreendida no âmbito individual e atual da linguagem (BARDIN, 1977). Dessa maneira, a palavra proferida pelo emissor é trabalhada, de maneira a promover um entendimento acerca do conteúdo, do significado da fala do emissor, buscando-se uma maior compreensão da realidade existente em suas mensagens.

Conforme Bardin (1977), a análise de conteúdo, pode ser dividida em três etapas, sendo elas: a pré-análise, que é a fase da organização e tem como finalidade a operacionalização e sistematização das idéias iniciais para conduzir um plano de análise, quer dizer, realizar a escolha do material e a definição das hipóteses e dos procedimentos; a exploração do material, que objetiva administrar sistematicamente os procedimentos selecionados; o tratamento dos resultados obtidos e a interpretação destes por meio da análise válida e significativa dos resultados encontrados a partir das entrevistas.

Os procedimentos empregados neste trabalho, como relatado acima, foram a codificação e a categorização. Segundo Bardin (1977), a codificação é a transformação dos dados brutos do discurso do emissor de forma a permitir alcançar uma representação do conteúdo ou de sua expressão de forma a se fazer compreender. A categorização, por sua vez, é uma operação de classificação de elementos por diferenciação e, depois, por reagrupamento, seguindo critérios previamente definidos. As categorias são classes que reúnem um grupo de elementos, unidades de registros, sob um título genérico, efetuado em razão da semelhança dos caracteres destes elementos. Este procedimento é realizado em duas etapas: o inventário, isolamento dos elementos, e a classificação, que é repartir os elementos e procurar estabelecer uma organização das mensagens encontradas. A partir da identificação do conteúdo das entrevistas, foram analisados os conteúdos das entrevistas com o objetivo de identificar as lacunas a respeito das competências profissionais decorrentes da implementação do GUTI.

3.7. Limitações do método

A primeira dificuldade encontrada na realização deste estudo foi a de encontrar uma organização que se mostrasse aberta para a execução do trabalho. A partir disso, houve muita dificuldade em conseguir agendar as entrevistas com os responsáveis pela inovação no hospital. Esta problemática foi solucionada ao se fazer contato com a instituição participante da pesquisa, na qual a responsável pela intermediação do contato mostrou-se totalmente solícita e receptiva para a realização do estudo.

Quanto ao método utilizado, uma dificuldade foi a impossibilidade em encontrar outra instituição que apresentasse um sistema parecido ao que foi pesquisado para que se pudesse estabelecer uma comparação entre eles. Outra questão foi a falta de material impresso que servisse de apoio para a obtenção de mais informações sobre o sistema. Dessa forma, o único meio de pesquisa foi a entrevista com os colaboradores.

4. RESULTADOS

De acordo com as entrevistas realizadas, os funcionários do hospital, revelaram algumas importantes questões relativas à inovação, ao contexto de implementação e às competências relacionadas à inovação. No que se refere ao conceito do GUTI, pode-se perceber na Tabela 1 a homogeneidade do conceito, pois 100% dos entrevistados consideram a inovação como sendo um sistema de gestão de UTI, divergindo em seus discursos apenas quanto às especificidades deste sistema.

Tabela 1 – Conceituação da inovação GUTI.

Conceitos do GUTI	Frequência	%
Sistema de gestão de UTI que fornece facilidades e auxílio aos médicos.	3	60
Processo informatizado de gestão de UTI que facilita a gestão da unidade.	2	40
Sistema de gestão de UTI que apóia os registros e fornece relatórios.	2	40

No que concerne à função do GUTI (Tabela 2), observa-se que 60% dos entrevistados atribuem a finalidade do sistema para a gestão da unidade de terapia intensiva. Há também aquele que o considera que a função principal é o registro/armazenamento das informações e ainda, diagnóstico e monitoramento dos pacientes da unidade de terapia intensiva.

Tabela 2 – Funcionalidade principal do GUTI.

Funções do GUTI	Frequência	%
Gestão da unidade de terapia intensiva	3	60
Registro/armazenamento das informações	2	40
Diagnóstico e monitoramento dos pacientes	1	20

Na Tabela 3, verificam-se os benefícios resultantes da utilização do GUTI no contexto hospitalar. Nota-se que para 60% dos entrevistados, o uso do sistema na UTI promove uma maior rapidez na prescrição dos remédios. Além disso, outros benefícios podem ser citados, como por exemplo, redução da quantidade de erros decorrentes da não compreensão da letra do médico, acesso rápido ao prontuário completo do paciente, promoção de uma maior interação da equipe multiprofissional que trabalha na Unidade de Terapia Intensiva, diminuição do tempo de permanência dos pacientes na UTI, dentre outros.

Tabela 3 – Benefícios da utilização do GUTI na Unidade de Terapia Intensiva.

Benefícios do GUTI	Frequência	%
Rapidez na prescrição dos remédios	3	60
Diminuição dos erros decorrentes de leitura	2	40
Elaboração das estatísticas que subsidiam o relatório final	2	40
Acesso rápido e fácil à história clínica completa do paciente	1	20
Interação da equipe multiprofissional	1	20
Diminuição do tempo de permanência na UTI	1	20
Diminuição do erro médico	1	20
Agilidade na distribuição dos remédios aos pacientes	1	20

Os fatores que favorecem a utilização do GUTI estão listados na Tabela 4. Dentre eles pode-se enfatizar a participação da equipe de funcionários da UTI no processo de construção do sistema GUTI e também facilidade de comunicação (ambos mencionados por 40% dos entrevistados). Outros importantes fatores são a utilização da tecnologia a favor do homem, facilidade de acesso ao banco de dados.

Tabela 4 – Elementos que favorecem a implantação/utilização do GUTI.

Fatores que favorecem o uso do GUTI	Frequência	%
Participação da equipe na construção do sistema	2	40
Facilidade de acesso aos dados	2	40
Tecnologia a favor do homem	1	20
Facilidade de comunicação	1	20

Em relação aos elementos que dificultaram a implantação/utilização do sistema, tem-se como o mais relevante os problemas do sistema (80%) que atrapalham a utilização da inovação. Além disso, a resistência ao novo modelo de assistência ao paciente e ao uso do computador como ferramenta útil, quantidade de computadores disponíveis na UTI e o desconhecimento das finalidades do sistema (de forma completa).

Tabela 5 – Fatores que dificultaram a implementação/utilização do GUTI.

Elementos que dificultam o uso do GUTI	Frequência	%
Problemas no sistema	4	80
Resistência ao novo modelo de assistência ao paciente	3	60
Resistência ao uso do computador	2	40
Quantidade de computadores na UTI	2	40
Desconhecimento de todas as funcionalidades do sistema	1	20

Os conhecimentos necessários à utilização da inovação estão mostrados na Tabela 6. O conhecimento mais recorrente na fala dos entrevistados é o dos indicadores de qualidade da área e o conhecimento das funcionalidades do sistema. O segundo conhecimento mais

ressaltado é o básico do sistema e em seguida o de informática, sendo seguido pelo conhecimento das funções dos relatórios, dentre outros.

Tabela 6 – Conhecimentos requeridos para a utilização da inovação.

Conhecimentos necessários para utilização do GUTI	Frequência	%
Conhecimento dos indicadores das áreas	5	100
Conhecer as funcionalidades do sistema	4	80
Conhecer as funcionalidades do computador	3	60
Conhecimento das funções dos relatórios produzidos pelo sistema	1	20
Conhecimento da localização exata das informações	1	20
Conhecer as funcionalidades da internet	1	20
Conhecimento do fluxo de trabalho do setor	1	20
Memorizar as siglas do sistema	1	20

Por meio da Tabela 7 é possível visualizar as habilidades exigidas para o uso efetivo e eficaz do GUTI, segundo os relatos dos entrevistados. Nota-se que há uma heterogeneidade nas respostas dos entrevistados, visto que houve pouca repetição quanto à habilidade necessário ao uso do GUTI. Assim sendo, tem-se que é preciso ter certa agilidade na tomada de decisão, saber relacionar os relatórios gerados pelo sistema, memorizar as siglas utilizadas para a prescrição médica, além de saber operar o sistema propriamente dito.

Tabela 7 – Habilidades importantes para a utilização do GUTI.

Habilidades	Frequência	%
Solucionar problemas	2	40
Manusear os aplicativos do sistema	2	40
Trabalho em equipe	1	20
Atuar multiprofissionalmente	1	20
Tomada de decisão	1	20
Relacionar os relatórios produzidos	1	20
Identificar os erros no sistema	1	20

Na Tabela 8, estão descritas as atitudes decorrentes da utilização da inovação. Dessa maneira, observa-se que a paciência e a mudança do modelo mental (entenda-se aqui a aceitação de que há uma outra maneira de se realizar assistência ao paciente e não somente o modelo tradicional) é o que os entrevistados ressaltam como a atitude mais relacionada à utilização do sistema GUTI. É importante frisar que a necessidade de atenção durante a utilização da ferramenta, o compartilhamento das informações e a aceitação do uso do computador (em detrimento do prontuário físico) também são mencionados, mesmo que em menor porcentagem.

Tabela 8 – Atitudes decorrentes da utilização do GUTI.

Atitudes	Frequência	%
Paciência	4	80
Mudança do modelo mental	3	60
Atenção	2	40
Compartilhamento de informações	2	40
Amplitude de visão	1	20
Foco no resultado	1	20
Iniciativa	1	20
Aceitação do uso do computador	1	20

A partir dos dados coletados por meio das entrevistas e pela demonstração do sistema propriamente dito, executou-se a etapa final da análise dessas informações, que é a transformação dos resultados obtidos em competências. Buscou-se descrevê-las sob forma de referencial de desempenho, quer dizer, aqueles comportamentos que são passíveis de observação no contexto de trabalho, mais especificamente no uso do GUTI. Dessa maneira demonstra-se ao funcionário aquilo que é esperado dele (Carbone *et al*, 2006).

No Quadro 1 observam-se as competências que os usuários do GUTI precisam desempenhar para o uso efetivo e esperado do sistema. A competência é então composta, segundo Brandão e Bahry (2005), de um verbo e objeto da ação, condição e critério. A partir disso pode-se analisar a fala dos entrevistados de maneira mais compreensível.

Quadro 1 – Definição das competências dos usuários do GUTI.

DEFINIÇÃO OPERACIONAL
Utilizar as noções de informática com acurácia de modo a facilitar a assimilação do sistema.
Usar os aplicativos do sistema GUTI a partir dos conhecimentos de suas funcionalidades de maneira eficaz para o bom funcionamento da unidade.
Identificar os erros no sistema com rapidez, baseando-se no conhecimento dos indicadores das áreas.
Relacionar-se com os demais profissionais usuários do sistema, com cordialidade, na unidade de terapia intensiva promovendo o compartilhamento de informações acerca dos pacientes.
Escolher a intervenção mais adequada ao paciente e à UTI, com atenção, baseando-se na compreensão dos relatórios produzidos pelo sistema.
Adaptar-se às mudanças organizacionais e operacionais, com rapidez, de maneira a contribuir para o alcance das metas da unidade.
Utilizar o sistema por conta própria, atentamente, com vistas a compreender o seu funcionamento e sanar as possíveis dúvidas a respeito do mesmo.
Agir pacientemente frente aos problemas ocorridos no sistema, de forma a promover a solução deles.
Executar a rotina da unidade com eficiência levando em consideração o grau de prioridade de cada ação fornecido pelo sistema e o conhecimento da rotina do local.

Quadro 1 – Definição das competências dos usuários do GUTI.

DEFINIÇÃO OPERACIONAL
<p>Analisar com outros profissionais da unidade as informações dos pacientes contidas no sistema, de forma paciente e empática, visando ao alcance das metas.</p> <p>Redigir a prescrição médica no GUTI com muita atenção, evitando a repetição aleatória de medicamentos.</p>

A partir desses resultados pode-se compreender melhor a complexidade da utilização do sistema GUTI na unidade de terapia intensiva do hospital estudado. Por exemplo: é preciso que o usuário tenha conhecimento do sistema GUTI, quer dizer saiba utilizá-lo baseando-se nos conhecimentos adquiridos acerca de suas funcionalidades, para promover um ótimo funcionamento da unidade.

Outro exemplo é a capacidade de relacionar-se com os demais profissionais usuários do sistema, visando ao compartilhamento de informações e consequentemente um melhor desempenho dos médicos/enfermeiros no contexto da UTI, o que gera um aumento da qualidade de vida dos pacientes internados na unidade.

Uma análise mais completa acerca dos resultados obtidos por meio das entrevistas e das inferências baseadas na visualização do funcionamento do sistema está contida no próximo capítulo.

5. DISCUSSÃO

Para que se possa alcançar o objetivo deste trabalho, que é identificar as competências profissionais decorrentes da implantação de uma inovação em serviço no contexto de um hospital privado, é necessário discutir alguns temas.

O primeiro tema a ser analisado refere-se ao conceito do sistema GUTI. De acordo com a Tabela 1, nota-se que 100% dos entrevistados consideram a inovação como sendo um sistema de gestão de UTI. Entretanto é perceptível que há uma divergência relativa a algumas especificidades do sistema. A conceituação que apresentou a maior frequência pode ser exemplificada pelas seguintes falas:

“É um sistema de gestão de unidade de terapia intensiva que tem algumas funcionalidades de um prontuário eletrônico e oferece algumas facilidades para os médicos que quando se está tratando de paciente de terapia intensiva (que são pacientes considerados críticos) são muito importantes”, “um sistema pra gestão de UTI... tem recursos que ajudam os médicos a calcularem vários tipos de indicadores de doenças e outros fatores que vão ajudar o médico pra dar o diagnóstico ao paciente”, “esse sistema de gestão de UTI auxilia o trabalho dos médicos... esse sistema foi totalmente criado aqui no nosso hospital”.

Conforme Bryson e Monnoyer (2004) a inovação está relacionada necessariamente com a criação de algo novo. No caso deste trabalho a inovação criada foi o sistema de gestão de unidade de terapia intensiva, que foi totalmente desenvolvido no hospital estudado.

No que concerne à função do GUTI, demonstrado na Tabela 2, percebe-se que para os entrevistados a funcionalidade maior do sistema é a gestão da unidade de terapia intensiva. Essa análise é corroborada pelas seguintes frases proferidas pelos entrevistados:

“A função principal do GUTI é mesmo a gestão da UTI”, “A principal função do GUTI é gestão, porque como ele nos permite enxergar o padrão de qualidade da UTI, os indicadores são alimentados através do GUTI”, “A função da inovação é a gestão de UTP”.

Gadrey, Gallouj e Weinstein (1994) defendem que uma das formas de inovação é aquela que visa solucionar novos problemas, elaborando fórmulas para solucioná-los. Pode-se observar claramente essa questão em relação ao GUTI, pois a necessidade de desenvolvimento do sistema surgiu dos próprios médicos e demais agentes de saúde, que

buscavam uma forma de agilizar a rotina do setor, armazenar de forma mais fácil e segura as informações referentes aos pacientes. Referindo-se ao tipo de inovação que o GUTI representa, pode-se afirmar que é uma inovação no processo porque diz respeito a uma mudança na forma em que o produto (assistência médica) é produzido/oferecido ao consumidor (TUSHMAND; NADLER, 1986).

Na Tabela 3, estão descritos os benefícios da inovação, de acordo com os entrevistados. Para estes a rapidez na prescrição dos remédios é o maior ganho a partir da utilização do GUTI, fato que pode ser visualizado no relato a seguir:

“Então em 30 minutos o médico conseguia fazer a prescrição dos 40 leitos de UTI, isso ajudou muito, acho que isso foi o maior ganho que a gente teve foi a agilidade no processo de trabalho de prescrição médica e de administração de medicamentos.

Além disso, outros fatores levantados foram a diminuição dos erros decorrentes da leitura e a elaboração de estatísticas que subsidiam o relatório final. Essa conclusão está baseada nos relatos a seguir:

“Sem contar que a chance de erro diminuiu muito, porque aí eu não tinha mais a dependência da leitura sobre uma letra que podia ser ilegível e com a digitalização esse processo ficou bem melhor”, “Os maiores benefícios do GUTI são as estatísticas, ele gera muitos gráficos e essas taxas de ocupação, dentre outras, mais é relatório mesmo. O médico alimenta o sistema desde a hora que o paciente chega até a hora em que ele sai, e pra ele interessam os relatórios do final”.

Analisar os benefícios ocasionados pela inovação também é relevante para confirmar a fala de Vargas (2006) de que baixa produtividade é mito relacionado ao setor de serviço (aqui representado pelo setor hospitalar). Isto porque o serviço ao ser afetado pela inovação aumentou consideravelmente a sua produtividade, inclusive introduzindo uma ferramenta de mensuração dos resultados, fato que torna mais visível a verificação destes.

Na Tabela 4, estão elencados os fatores que favorecem a utilização do GUTI, dentre os quais os entrevistados citaram a participação da equipe na construção do sistema e a facilidade de acesso aos dados, como sendo os mais importantes. Isto é observável ao analisar as frases a seguir:

“O que favoreceu o uso do GUTI foi a facilidade de ter acesso aos dados independente do período em que as coisas aconteceram”, “Na verdade todo mundo acabou

participando um pouco da construção, a gente lançava a idéia e discutia com o grupo, ia pra informática, voltava e arrumava. Isso porque a gente acreditava que se o grupo estivesse inserido, a adesão ia ser bem maior e a gente fazia isso quase que semanalmente ou mais vezes. Toda vez que a gente tinha uma etapa pronta, a gente reunia o grupo e mostrava, discutia com eles. Depois de pronto, sentamos com cada um individualmente, mostrando como fazia...” e “O pedido da criação do GUTI foi feito pelos próprios médicos, assim eles participaram de todo o processo de criação e utilização”.

O fato da participação ativa, do corpo médico da unidade, na construção do sistema GUTI ter sido um dos elementos que proporcionaram uma maior adesão ao novo modo de gestão pode ser explicada pela tese proposta por Fitzsimmons e Fitzsimmons (2000 *apud* KLEMENT, 2007). De acordo com estes autores, uma característica peculiar do setor de serviços é que a relação existente entre o cliente/consumidor e o prestador de serviços é diferente da obtida nos demais setores. Em muitos casos o cliente (no caso estudado, os usuários do sistema) também participa do processo de prestação do serviço, sendo o consumidor ativo na criação dos bens de serviço. Gallouj (1994 *apud* VARGAS, 2006) acrescenta que essa relação decorre de uma demanda, o que novamente é verificado no caso estudado.

Quanto aos elementos que dificultaram a implantação/utilização do GUTI (descritos na Tabela 5), os entrevistados afirmaram que os problemas operacionais no sistema e a resistência ao novo modelo de assistência médica ao paciente são os mais graves. Segundo eles:

“Porque se ele deixa de funcionar, isso impacta muito porque a questão da parte médica, da fisioterapia impacta bastante, fica tudo parado. Aí você tem o estresse do médico, que fica querendo que as coisas aconteçam e você não tem suporte pra isso, ele não vai fazer uma prescrição manual, não vai esperar voltar pra fazer... Essa questão do não funcionamento pleno é o que impacta pra gente e que é negativo.” e “Assim o grande dificultador é o modelo mental contra a informatização, porque acham que estar atrás de um computador é não estar fazendo assistência, que assistência é estar à beira do leito e na verdade não é. Existe uma forma de prestar assistência sem estar à beira do leito e o computador é um recurso a mais que facilita isso. A gente até brinca que se um enfermeiro estiver atrás de uma mesa é um ‘enfermeso’ e com o médico é a mesma coisa.”

A partir da análise dos dados citados acima, é possível perceber que o fato do sistema apresentar em alguns momentos falhas ou problemas operacionais acaba por dificultar a utilização dele. Isto porque apesar do GUTI ter agilizado significativamente a dinâmica da unidade, quando é preciso fazer algum ajuste/reparo ou mesmo atualização dele, acaba que os médicos, enfermeiros e fisioterapeutas sofrem um grande impacto. Assim sendo, esses profissionais não aceitam de bom grado ter que voltar a usar o prontuário físico. É preciso ressaltar que essa aceitação do sistema é resultado de tempo e supervisão, pois no início os agentes de saúde mostraram-se bastante resistentes a mudança de gestão, fato que precisou ser superado para o sucesso da implantação do GUTI e consequentemente de sua utilização correta.

Para que os funcionários da unidade possam desempenhar suas atividades no sistema GUTI é preciso que tenham alguns conhecimentos, habilidades e atitudes. Para Durand (1999 *apud* BRANDÃO; GUIMARÃES; BORGES-ANDRADE, 2001) conhecimento é a gama de informações assimiladas pelo indivíduo da forma a auxiliar em sua compreensão do mundo. Em relação aos conhecimentos necessários (Tabela 6) os entrevistados relataram que é preciso ter o conhecimento dos indicadores específicos de cada área da saúde. Pode-se compreender então que cada agente de saúde precisa ter ciência de quais são os indicadores de gravidade e de qualidade do serviço utilizados pela sua área de atuação. Isso porque é necessário ter um parâmetro que sirva de base para que a UTI do hospital possa ser comparada a outras unidades e até mesmo avaliada quanto à sua eficiência e qualidade.

Outros conhecimentos bastante mencionados são o conhecimento das funcionalidades do sistema, quer dizer, saber o que cada comando significa, no que implica e o que produz, para que se possa obter o máximo de rendimento da utilização do sistema; e conhecimento das funcionalidades do computador, ou seja, saber as noções básicas de informática, posto que o sistema se assemelha ao sistema operacional *Windows*. Essa afirmação é confirmada pelos seguintes relatos:

“Hoje qualquer pessoa tem que ter o mínimo de conhecimento de informática, ligar e desligar, saber que clicar aqui leva pra ali... um técnico que tenha um conhecimento mínimo do GUTI e saiba operar um computador porque a idéia do GUTI é parecido...”

Compreender o que os relatórios significam e como impacta a unidade é relevante ao usuário do GUTI, para que possa até mesmo propor soluções (caso hajam problemas), aperfeiçoar ou mesmo informar à equipe o rendimento real da unidade, fazendo uma

comparação como o desempenho esperado deles. Conforme visualizado na Tabela 6, conclui-se que conhecer a localização exata das informações no sistema é importante, visto que torna ainda mais ágil e fácil a busca/utilização dos dados gravados no GUTI. Esse fato pode interferir significativamente na prestação de assistência ao paciente crítico, o qual não pode esperar muito tempo até que uma intervenção seja decidida.

No que diz respeito às habilidades exigidas para o uso efetivo do GUTI (Tabela 7), os entrevistados afirmaram que é relevante saber solucionar problemas decorrentes do mau uso do sistema, como por exemplo, o incompleto preenchimento dos campos, ou a falta de informações. Assim é preciso que o profissional usuário do GUTI consiga perceber uma incongruência nos relatórios gerados pelo sistema, mesmo que esta seja de difícil localização. Ter domínio dos aplicativos do sistema é citado por alguns entrevistados para que o sistema possa ser usado de maneira mais completa e realmente seja útil às necessidades da própria unidade bem como aos pacientes que são afetados pelo uso desse recurso.

Outras habilidades relatadas foram: trabalho em equipe, posto que os usuários precisam compartilhar informações com outros profissionais da área de saúde e em muitos momentos encontrarem em conjunto a melhor intervenção para determinado paciente, além de ser mais uma tentativa dos profissionais de perceberem o paciente de maneira mais ampla, mais completa. Tomada de decisão a partir dos relatórios produzidos pelo sistema é mencionada pois é necessário que o agente de saúde consiga interpretar os relatórios e ao mesmo tempo decidir o melhor tratamento para aquele paciente; saber relacionar esses relatórios com os demais produzidos pelo GUTI de forma a obter uma visão mais ampla do rendimento do setor; identificar erros no sistema cometidos por outrem, com vistas a minimizar a chance de erro médico decorrente de uma informação errada presente no prontuário do paciente.

Para Durand (1999 *apud* BRANDÃO; GUIMARÃES; BORGES-ANDRADE, 2001), habilidade é a capacidade que um sujeito possui de utilizar de maneira produtiva o conhecimento que detém. Este conceito corrobora o que foi visto no relato dos entrevistados, os quais mostraram vários exemplos presentes em suas rotinas de ação no sistema GUTI.

Brandão, Guimarães e Borges-Andrade (2001) defendem que atitude está relacionada com aspectos sociais e afetivos gerados no trabalho. Os entrevistados elencaram as seguintes atitudes como decorrentes da utilização da inovação: paciência, em relação aos problemas e falhas do sistema, ou seja, ter consciência de que problemas são comuns quando se fala em

tecnologia, saber que isso é temporário e que deve ser contornado da melhor maneira possível, sendo em muitos casos a melhor opção esperar pela restauração do sistema.

Outra atitude mencionada é a mudança do modelo mental, quer dizer, aceitar que existe outra forma de auxiliar o paciente, de prestar-lhe assistência médica, a qual está diretamente relacionada com o uso da tecnologia, da inovação GUTI por exemplo. É preciso que se dê pelo menos a oportunidade do sistema demonstrar as suas funcionalidades e vantagens em relação ao modelo anterior adotado. A atenção no preenchimento dos campos do GUTI e principalmente da prescrição médica no sistema é de extrema necessidade, evitando assim a simples repetição de medicamentos (sem que aquilo seja realmente o mais indicado para aquele paciente) ou o erro na hora de preencher o sistema, derivado da utilização de uma macro erroneamente.

De forma mais modesta aparece também a amplitude de visão do funcionário em relação aos benefícios que o correto uso do sistema pode proporcionar, quer dizer, perceber que aquilo impacta para a unidade de terapia intensiva como um todo, que todos os envolvidos serão beneficiados por essa atitude. Outras atitudes relatadas foram o foco no resultado utilizando o GUTI na obtenção desse objetivo, quer dizer, saber que a utilização do sistema se reflete também no alcance das metas (diminuição de mortalidade, melhoria da qualidade da unidade, dentre outras). Iniciativa está relacionada com a vontade que o usuário da ferramenta apresenta de compreender mais a respeito dela, promovendo uma interação e ampliação de sua utilidade (podendo até propor melhorias a partir do que percebeu como falha ou ponto a ser melhorado). A aceitação do uso do computador no contexto da UTI é um item bastante complicado, já que as pessoas (conforme relato de entrevistado) estão muito acostumadas e acomodadas, mostram-se relutantes em mudar sua concepção acerca da aplicabilidade de uma ferramenta tecnológica em um contexto no qual havia predominância de um método mais arcaico de mensuração de resultados. Esse fato poderia também servir de justificativa para limitar sua atuação, mas com o advento da tecnologia torna-se mais fácil a criação de conhecimento, o que gera também uma cobrança e uma elevação de expectativa da atuação do agente de saúde.

6. CONCLUSÃO E RECOMENDAÇÕES

O objetivo deste estudo foi identificar as competências profissionais decorrentes da implantação de uma inovação em serviço no contexto de um hospital privado. Para alcançar esse objetivo, foram realizadas entrevistas com algumas pessoas envolvidas com a inovação implementada de forma a levantar informações relacionadas ao sistema e seu uso.

Trabalhar na área da saúde é um desafio diário, visto que os profissionais dessa área estão lidando com vidas humanas e também com a promoção de saúde (cura) nesses indivíduos que sofrem. Assim sendo, é necessário possuir ferramentas que sejam eficientes e se forem também promotoras de agilidade no processo de tratamento destes pacientes, elas serão mais valorizadas e geradoras de um diferencial na instituição em relação às demais. Ainda dentro desse contexto, deve-se saber que a unidade de terapia intensiva (UTI) é um setor do hospital em que a cobrança de efetividade total do serviço e de rapidez extrema na prestação de assistência médica ao paciente é muito mais aguçada e evidente. Afinal, os pacientes que se encontram nesta unidade encontram-se muito mais debilitados e sedentos pela cura e tratamento perfeito. Pode-se então compreender a importância do sistema GUTI para o hospital em questão, pois tornou muito mais ágil todo esse processo descrito anteriormente e promoveu um maior reconhecimento de excelência do hospital frente aos seus clientes diretos (os pacientes), seus funcionários (equipe médica que trabalha para a instituição), colaboradores (médicos que apenas utilizam a UTI, sem nenhum vínculo direto) e também às demais instituições do setor hospitalar.

O GUTI é um sistema de gestão de unidade de terapia intensiva que fornece algumas facilidades que auxiliam a atuação médica, que dá suporte aos registros realizados e fornece relatórios baseados nos dados armazenados, o que facilita a gestão da unidade. Sendo assim, as funções do sistema são: gestão da UTI, registro e armazenamento das informações do paciente na UTI e também o diagnóstico e monitoramento desses pacientes.

Os benefícios decorrentes do uso do sistema são vários, dentre eles pode-se destacar a rapidez com que os medicamentos são prescritos aos pacientes da unidade, a diminuição dos erros de leitura da letra do médico, elaboração de estatísticas que subsidiarão a elaboração do relatório final (que versa sobre a qualidade de assistência prestada), acesso rápido à história clínica completa do paciente na UTI, interação da equipe multiprofissional que se utiliza dos recursos do GUTI (promovendo um maior diálogo entre eles), diminuição do tempo de

permanência na unidade, diminuição do erro médico e agilidade na distribuição dos remédios aos pacientes.

O elemento que mais favoreceu a implantação do sistema GUTI no hospital estudado foi a participação ativa da equipe médica e de enfermagem no processo de construção/elaboração do sistema e a facilidade de acesso aos dados armazenados. Além disso, pode-se afirmar que o uso da tecnologia e a facilidade na comunicação também foram importantes elementos neste aspecto. Entretanto, os problemas que ocorrem no sistema acabam dificultando sua utilização plena, bem como a resistência da equipe médica ao novo modelo de assistência ao paciente, a resistência ao uso do computador, quantidade de computadores presentes na unidade e o desconhecimento das funcionalidades do GUTI.

É preciso que os usuários do sistema conheçam os indicadores utilizados em suas áreas, as funcionalidades do sistema e as do computador, compreendam a função dos relatórios gerados pelo sistema, saibam a localização exata das informações, conheçam as funcionalidades da internet e o fluxo de trabalho do setor.

No que se refere às habilidades esperadas dos funcionários a partir da utilização do GUTI, pode-se elencar as seguintes: capacidade de solucionar problemas, domínio dos aplicativos do sistema, ser capaz de trabalhar em equipe e tomar decisões, conseguir relacionar os relatórios produzidos e supervisionar os possíveis erros presentes no sistema, além de memorizar as siglas do sistema.

As atitudes requeridas dos funcionários são: paciência, mudança do modelo mental, atenção no preenchimento do sistema, manter um bom relacionamento multiprofissional, amplitude de visão, foco no resultado, iniciativa e aceitação do uso do computador no contexto da UTI.

Este trabalho constitui uma análise das competências profissionais dos funcionários da UTI. Por isso, os resultados encontrados proporcionaram a elaboração de algumas sugestões de competências que podem subsidiar a construção de outras bem como podem ser usadas na implantação de um modelo de Gestão por Competências, criação de treinamentos que adaptem os funcionários da unidade às necessidades exigidas, principalmente em relação ao uso da inovação GUTI e até mesmo embase a escolha dos funcionários da instituição.

O trabalho foi relevante por ter proporcionado uma visão mais abrangente acerca do contexto hospitalar, englobando sua rotina e os efeitos da utilização de uma inovação. Poucos

estudos foram realizados sobre o tema de inovações e principalmente sobre o impacto dessa inovação para aqueles que a utilizam, assim tem-se que é importante expandir cada vez mais os conhecimentos sobre a área. Sugere-se a realização de mais estudos também relacionando o sistema hospitalar com a inovação em serviços, inclusive mais aprofundados com vistas a gerar uma maior discussão acerca dessa temática. O trabalho contribuiu para formação de conhecimentos específicos da área hospitalar e para embasar os debates teóricos e práticos do contexto de hospitais, bem como acerca da inovação neste ambiente de trabalho.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

BARDIN, Laurence. **Análise de conteúdo**. Portugal: Edições 70, 1977.

BARHY, Carla Patrícia; TOLFO, Suzana da Rosa. Mobilização de competências nas atividades profissionais dos egressos de um programa de formação e aperfeiçoamento. **Revista de Administração Pública – RAP**, Rio de Janeiro, v.41, n.1, p. 125-144, jan./fev., 2007.

BARRAS, Richard. **Towards a theory of innovation in services**. 1986

BERRY, Leonard; SHANKAR, Venkatesh; PARISH, Janet Turish; CADWALLADER, Susan & DOTZEL, Thomas. **Creating new markets through service innovation**. Cambridge. Volume 47. Número 2. 2006.

BRANDÃO, Hugo Pena; BAHRY, Carla Patrícia. Gestão por competências: métodos e técnicas para mapeamento de competências. **Revista do Serviço Público**, Brasília, v. 56, n. 2, p. 179-194, abr./jun. 2005.

_____.; BORGES-ANDRADE, Jairo Eduardo. Causas e efeitos da expressão de competências no trabalho: para entender melhor a noção de competência. **RAM: Revista de Administração Mackenzie**. Volume 8, n. 3, 2007, pp. 32 – 49.

_____.; GUIMARÃES, Tomás de Aquino. Gestão de competências e gestão de desempenho: tecnologias distintas ou instrumentos de um mesmo construto? **Revista de Administração de Empresas**, São Paulo, v.41, n.1, p. 8-15, jan./mar. 2001.

_____.; _____. Gestão de competências e gestão de desempenho. In: Wood Júnior, T. (Org.) **Gestão empresarial: o fator humano**. São Paulo: Atlas, 2002.

_____.; _____.; BORGES-ANDRADE, Jairo Eduardo. Competências profissionais relevantes à qualidade no atendimento bancário. **Revista de Administração Pública – RAP**, Rio de Janeiro, v.35, n.6, p. 61-81, nov/dez, 2001.

_____.; _____.; _____. Competências emergentes na indústria bancária: um estudo de caso. **Comportamento Organizacional e Gestão**, Lisboa, v.8, n.2, p.173-190, 2002.

BRUNO-FARIA, Maria de Fátima; Brandão, Hugo Pena. Gestão de competências: identificação de competências relevantes a profissionais da área de T&D de uma organização

pública do Distrito Federal. **Revista de Administração Contemporânea**, Curitiba, v. 7, n. 3, set. 2003.

BRYSON, John R; Monnoyer, Christine. Understanding the relationship between service and innovation. **The Service Industries Journal**. Londres. Volume 24, número 1. Janeiro. 2004.

CALLON, Michel; MÉADEL, Cécile; RABEHARISOA, Vololona. The economy or qualities. **Economy and Society**. Volume 31. Número 2. Maio, 2002.

CARBONE, Pedro Paulo; BRANDÃO, Hugo Pena; LEITE, João Batista Diniz; VILHENA, Rosa Maria de Paula. **Gestão por competências e gestão do conhecimento**, Rio de Janeiro: FGV, 2006.

CONDE, Mariza Velloso Fernandez; ARAÚJO-JORGE, Tania Cremonini de. Modelos e concepções de inovação: a transição de paradigmas, a reforma da C&T brasileira e as concepções de gestores de uma instituição pública de pesquisa em saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, 8 (3), pp. 727 – 741, 2003.

DJELLAL, Faridah; GALLOUJ, Faïz. Mapping innovation dynamics in hospitals. **Research Policy**, 34:6, pp. 817 – 835, 2005.

DJELLAL, Faridah; GALLOUJ, Faïz. Innovation and employment effects in services: a review of the literature and an agenda for research. **The Service Industries Journal**, vol. 27, n. 3, 2007.

DUTRA, Joel Souza; HIPÓLITO, José Antonio Monteiro; SILVA, Cassiano Machado. Gestão de pessoas por competências: o caso de uma empresa do setor de telecomunicações. **Revista de Administração Contemporânea**, Curitiba, v.4, n. 1, jan./abr. 2000, p.161 – 176.

FLEURY, Maria Tereza Leme; FLEURY, Afonso. Construindo o conceito de competência. **Revista de Administração Contemporânea**. Curitiba, v.5, n. especial, p.183 – 196, 2001.

_____.; _____. Alinhando estratégia e competências. **Revista de Administração de Empresas**, São Paulo, v. 44, n.1, p.44-57, jan./mar. 2004.

GADELHA, Carlos Augusto Grabois. **O complexo industrial da saúde e a necessidade de um enfoque dinâmico na economia da saúde**. **Ciência & Saúde Coletiva**, 8 (2), pp. 521-535, 2003.

_____.; QUENTAL, Cristiane; FIALHO, Beatriz de Castro. Saúde e inovação: uma abordagem sistêmica das indústrias de saúde. **Caderno de Saúde Pública**, 19 (1), pp. 47 – 59, jan-fev, 2003.

GADREY, Jean. The characterization of goods and services: an alternative approach. **Review of Income and Health**, série 46, n. 3, set. 2000.

_____.; GALLOUJ, Faïz; WEINSTEIN, Olivier. New modes of innovation: how services benefit industries. **International Journal of Service Industry Management**. Volume 6. Número 3. 1995.

GALLOUJ, Faïz; WEINSTEIN, Olivier. Innovation in services. **Research Policy**, volume 26, p. 537 – 556, 1997.

HILL, P.T. On goods and services. . **Review of Income and Health**. 1977

ISAMBERT-JAMATI, V. O apelo à noção de competência na revista. L’Orientation Scolaire et Professionnelle. In: ROPE, F; Tanguy, L (Orgs.). **Saberes e competências: o uso de tais noções na escola e na empresa**. Campinas: Papirus, 1997, p. 103 – 133.

KLEMENT, Claudia Fernanda Franceschi. **Inovação em serviços: estudo de casos em uma organização da indústria hoteleira brasileira**. Tese (Doutorado em Administração) – Departamento de Administração da Faculdade de Economia, Administração e Contabilidade da Universidade de São Paulo. São Paulo: Universidade de São Paulo: 2007.

MILES, Ian. Services innovation: a reconfiguration of innovation studies. **Policy Research in Engineering, Science & Technology**, 2001.

PRAHALAD, C.K., HAMEL, Gary. The core competence of the corporation. *Harvard Business Review*, Boston, p.79-91, may/june 1990.

SUNDBO, Jon; GALLOUJ, Faïz. Innovation in services. **SI4S Synthesis Paper (S2)**, 1998.

TUSHMAN, Michael; NADLER, David. Organizing for innovation. **California Management Review**, vol. 28, n. 3, 1986.

VARGAS, Eduardo Raupp de. **A dinâmica da inovação em serviços: o caso dos serviços hospitalares no Brasil e na França**. Tese (Doutorado em Administração) – Departamento de Administração da Universidade Federal do Rio Grande do Sul. Porto Alegre: 2006.

VERGARA, Sylvia Constant. **Projetos e relatórios de pesquisa em administração**. São Paulo: Atlas, 2000.

WARREN, William E.; ABERCROMBIE, C. L.; BERL, Robert. Adoption of a service innovation: a case study with managerial implications. **The Journal of Services Marketing**, vol. 3, n. 1, 1989.

ZARIFIAN, Phillipe. **Objetivo competência**: por uma nova lógica. São Paulo: Atlas, 2001.

APÊNDICES

APÊNDICE A: Roteiro de entrevista com os usuários do GUTI.....	55
---	----

APÊNDICE A - Roteiro de entrevista com os usuários do GUTI.

Dados do sujeito:

- Cargo:
- Formação:
- Tempo no cargo:

1. Qual a função da inovação? Qual serviço foi impactado por ela?
2. Quais os atores envolvidos na inovação?
3. Qual o papel de cada um? No que contribuíram?
4. Que elementos favoreceram a implementação/utilização da inovação?
5. Que elementos dificultaram a implementação/utilização da inovação?
6. Que conhecimentos/habilidades/attitudes precisaram ser adquiridos pelos colaboradores na utilização da inovação?
7. Quais são os produtos e serviços do hospital?
8. O que espera mudar em relação ao serviço?